

¿Quiere que un amigo lo lleve a algún lugar?

¡Nosotros lo pagaremos!

En Fallon Health, sabemos que tiene lugares a los que debe acudir. Y queremos ayudarle a llegar allí. Como miembro de NaviCare® HMO SNP, puede usar su beneficio de transporte para obtener viajes preaprobados con sus amigos y familiares. Cuando lo haga, cubriremos el costo del millaje.

Estos son algunos ejemplos de lugares a los que puede acudir y recibir un reembolso por el millaje:¹

- Consultorio médico
- Farmacias²
- Hospital
- Supermercados³
- Citas de asesoramiento
- Servicios religiosos³

Qué debe hacer:

1. Llame a Coordinated Transportation Solutions (CTS) para programar su viaje con amigos y familiares, por lo menos 2 días antes de acudir. Puede comunicarse con ellos llamando al 1-833-824-9440 (TRS 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (los 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo).
2. Después de recibir un viaje con un amigo o familiar, complete el formulario que se encuentra en el reverso de este folleto y envíelo a CTS dentro de los 60 días posteriores a su viaje.
 - **Para las citas médicas/de salud conductual, su proveedor debe firmar el reverso de este formulario.**

Información importante

- El reembolso de millas se emitirá mediante cheque o depósito directo en su cuenta bancaria. **Usted es responsable de reembolsar a su amigo o familiar.**
- **Los reembolsos se harán únicamente por viaje**, sin importar la cantidad de miembros elegibles en el vehículo, ya sea que viajen al mismo lugar o a destinos distintos.
- **Si no programó su viaje con antelación**, es posible que le rechacen la solicitud de reembolso.

1-877-700-6996 (TRS: 711)

De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana)



(sigue al dorso) >

¹El reembolso de millas se hace según el cálculo de millaje de CTS y la tarifa permitida por milla de NaviCare.

²Su beneficio incluye: viajes ilimitados para acudir a citas médicas/de salud conductual y 48 viajes de ida o de vuelta por año a farmacias minoristas. Los viajes a la farmacia están limitados a 4 por mes y deben realizarse dentro de un radio de 30 millas.

³Los 100 viajes anuales de ida o de vuelta para hacer mandados, visitar amigos, asistir a servicios religiosos y más, son parte de un programa suplementario especial para enfermos crónicos. Para reunir los requisitos, los inscritos deben tener diagnósticos de afecciones crónicas registradas con Fallon Health, como trastornos cardiovasculares, afecciones crónicas e incapacitantes de salud conductual, trastornos pulmonares crónicos, diabetes y trastornos neurológicos. Esta no es una lista completa de las afecciones crónicas elegibles. No todos los miembros con una afección elegible cumplen con los requisitos. También se aplican otros criterios de elegibilidad y cobertura.



Formulario de reembolso del beneficio de amigos y familiares

Tres maneras de recibir el reembolso:

1. **Envíe por correo** el formulario completo a:
Coordinated Transportation Solutions, Inc.
35 Nutmeg Drive, Suite 120, Trumbull, CT 06611
2. **Envíe por correo electrónico** el formulario completo a: provider@ctstransit.com
3. **Envíe por fax** el formulario completo a: 1-203-375-0516.

Información del miembro			
Apellido		Nombre	
Dirección			
Ciudad		Estado	Código postal
Dirección postal (si es distinta de la indicada anteriormente)			
Núm. de identificación del miembro (en el frente de su tarjeta de identificación de NaviCare)			
Actividad por reembolso (indique un solo viaje de ida o de vuelta por fila y solo incluya los viajes del mismo mes calendario)			
Fecha del viaje	Dirección (indique si la dirección es por motivo no médico, por servicios médicos/de salud conductual o por farmacia).		
	<input type="checkbox"/> No médico <input type="checkbox"/> Servicios médicos/de salud conductual <input type="checkbox"/> Farmacia	De	A
	<input type="checkbox"/> No médico <input type="checkbox"/> Servicios médicos/de salud conductual <input type="checkbox"/> Farmacia	De	A
	<input type="checkbox"/> No médico <input type="checkbox"/> Servicios médicos/de salud conductual <input type="checkbox"/> Farmacia	De	A
	<input type="checkbox"/> No médico <input type="checkbox"/> Servicios médicos/de salud conductual <input type="checkbox"/> Farmacia	De	A
Certificación y autorización (el miembro o el representante autorizado deben firmar y fechar este formulario).			
Acuerdo: Certifico que la información anterior es correcta a mi leal saber y entender. Solicito el reembolso únicamente para los gastos elegibles incurridos durante el año de beneficios correspondiente. (Un año de beneficios va del 1 de enero al 31 de diciembre). Doy fe de que los pagos recibidos por concepto del beneficio de transporte de amigos y familiares se entregarán al amigo o familiar que proporcionó el transporte.			
Firma del miembro o del representante autorizado: _____ Fecha: _____			
Espere de cuatro a seis semanas a partir de la recepción del formulario completado para el reembolso.			
Para que complete y firme su proveedor médico/de salud conductual con fines de verificación de la(s) cita(s) indicadas. El formulario debe completarse antes de que su proveedor llene y firme esta sección. (Un formulario por proveedor/clínica).			
Nombre del proveedor (EN LETRA IMPRENTA)		Firma del proveedor	
Dirección			
Ciudad		Estado	Código postal